ITEM 108 : TROUBLES DU SOMMEIL

Sommeil normal

Sommeil lent : ralentissement et synchronisation de l'activité EEG
- **Léger** : - **Stade 1** : activité EEG **thêta** (4-7 cycles/s) + mouvements oculaires lents
  - **Stade 2** : activité EEG **thêta** + grapho-éléments spécifiques (fuseaux du sommeil, complexes K)
- **Profond = stade 3** : activité EEG synchronisée lente de grande amplitude **delta** (0,5-4,5 cycles/s)

Sommeil paradoxal (*REM sleep*) : activité EEG désynchronisée rapide, mouvements oculaires rapides, atonie musculaire

→ La succession de sommeil lent, léger et profond, et paradoxal définit un **cycle de sommeil = 90 min**

→ **3 à 5 cycles de sommeil** se succède en une nuit : les cycles de début de nuit sont plus riches en sommeil lent profond et ceux de fin de nuit en sommeil paradoxal

Durées

Temps total de sommeil = de **6h** (court dormeur) à **10h** (long dormeur), **7h30** en moyenne
- Sommeil lent léger : 50% du temps de sommeil total
- Sommeil lent profond : 25% du temps de sommeil total
- Sommeil paradoxal : 25% du temps de sommeil total

Chronotype :
- Du matin : sujets couche-tôt et en forme le matin
- Du soir : sujets couche-tard et en forme le soir

Régulation

Régulation homéostatique (processus S)	= **Sensation de fatigue** : la propension à s'endormir (pression de sommeil) augmente avec la privation de sommeil et diminue avec le sommeil (rebond de sommeil) - La quantité **d'ondes lentes delta** reflète la **profondeur du sommeil** : un sujet en privation de sommeil aura un sommeil très profond avec une forte activité delta
Régulation circadienne (processus C)	= Contrôle de l'alternance veille-sommeil selon un rythme circadien, par **l'horloge centrale des noyaux suprachiasmatiques** : pression de sommeil maximale entre **1h et 5h le matin**, et **14h et 16h l'après-midi** - **Mélatonine** : puissant effet hypnogène, synthétisée par la **glande pinéale** la nuit. Principale hormone de régulation des rythmes chronobiologiques. - **Lumière** = principal synchroniseur : inhibe la synthèse de mélatonine, effet éveillant
Rythme ultradien	= **Rythme de vigilance** d'environ **90 minutes** qui règle la périodicité du sommeil paradoxal et des cycles de sommeil

Evolution avec l'âge

Nouveau-né	- Sommeil **actif** (50%), sommeil **calme** (40%) et sommeil **transitionnel** (10%)
Enfant	- La durée totale du sommeil diminue avec l'âge : - Nouveau-né = **16-20h** - A 1 an = 14h - A 6 ans = 11h - A 12 ans = 9-10h - **Mise en place progressive des rythmes circadiens** pendant les 3 premiers mois - **Disparition de la sieste** vers **4-6 ans** → Le sommeil est important pour le **développement** : des troubles du sommeil peuvent avoir des répercussions sur les performances cognitives, le comportement, l'humeur et le métabolisme (notamment l'obésité)
Adolescent	**- Décalage du rythme circadien veille-sommeil (retard de phase** : couche-tard, lève-tard)
Adulte	- Diminution du temps total de sommeil (TTS) - Diminution de l'efficacité du sommeil (TTS/temps passé au lit) - Augmentation des éveils nocturnes - Diminution du stade 3 et augmentation du stade 1 et 2, sommeil paradoxal constant
Sujet âgé	**- Avance de phase** et **aplatissement du rythme circadien** (couche-tôt) **- Sommeil de moins bonne qualité** (fragmentation) - **Somnolence diurne** (sieste physiologique chez le sujet très âgé)

Exploration

- Interrogatoire et examen clinique
- **Agenda de sommeil** : apprécie l'architecture du sommeil sur plusieurs semaines
- **Tests/questionnaires** : apprécie la qualité du sommeil, la somnolence diurne, et la sévérité des troubles
- **Polysomnographie = référence** : enregistrement de l'EEG, des mouvements oculaires (EOG), du tonus musculaire (EMG des muscles mentonniers), de la respiration, des ronflements, de la SaO_2, du mouvement de jambes ± vidéo
- **Polygraphie ventilatoire** : enregistrement de la respiration, du ronflement et SaO_2

	Autres	- Evaluation de la somnolence diurne : **tests itératifs de latence d'endormissement** et **tests de maintien de l'éveil** - Paramètres circadiens : . **Actimétrie** (avec accéléromètre au poignet) : rythme veille-sommeil sur plusieurs jours, TTS . **Enregistrement de température centrale** . **Profil de sécrétion de la mélatonine** (Dim Light Melatonin Onset, DLMO) pour déterminer la phase du rythme circadien (non effectué en routine) Bilan des hypersomnies d'origine centrale : - Typage HLA - **Dosage d'hypocrétine** dans le LCS : en cas de difficulté diagnostique

INSOMNIE

Insomnie = insatisfaction concernant la quantité ou la qualité du sommeil, avec des répercussions diurnes
- **30%** des adultes ont eu une insomnie occasionnelle, **19%** d'insomnie chronique, prédominance féminine, ↗ avec l'âge
- Enjeu de santé publique : 7-10% utilisent des médications, augmentation de la morbimortalité dans l'insomnie chronique sévère, altération des interactions socioprofessionnelles

Diagnostic	C	Diagnostic positif	- **Plainte subjective ≥ 3 fois**/semaine : . **Difficulté d'endormissement** . **Réveils nocturnes** . **Réveil matinal précoce** - **Sensation de détresse** et/ou **retentissement diurne** : **fatigue, somnolence, troubles cognitifs, irritabilité, perturbation de l'humeur, céphalées, trouble de la libido, troubles gastro-intestinaux**
		Evaluation	- Circonstances initiales et modalités d'installation : facteur déclenchant - Typologie : . **Difficultés d'endormissement** : durée estimée, activité précédant le coucher, ruminations anxieuses, gêne physique au coucher . **Réveils nocturnes multiples** : nombre et durée, cause, durée de rendormissement, activité lors de l'éveil (polyurie, grignotage, tabac…) . **Réveil précoce** : heure du réveil définitif, cause, activité avant de se lever - Conséquences : **symptômes fonctionnels**, **retentissement professionnel**, **social** et **affectif** - Intensité : **index de sévérité de l'insomnie** (auto-questionnaire : moyenne > 14, sévère > 21)
	PC		- **Agenda de sommeil** sur quelques semaines : heure de lever, coucher, temps passé à dormir, horaire des éveils nocturnes, qualité du réveil le matin, vigilance la journée - **Actimétrie** : appréciation des rythmes veilles-sommeil en conditions habituelles - **Polysomnographie** : en cas de suspicion d'un syndrome des jambes sans repos, SAOS ou parasomnie associée
	DD		**- Syndrome de retard de phase** : coucher tardif associé à un lever tardif
Ins. transitoire	= Insomnie d'ajustement ou aiguë : durée **< 3 mois**, cause occasionnelle réversible - **Stress psychologique** : contrariété, deuil… - **Stress physique** : affection physique, douleur… - **Facteur environnemental** : niveau sonore, climat, altitude… - **Mauvaise hygiène du sommeil** ➝ Risque de **passage à la chronicité**		
Ins. chronique	= Insomnie persistante **> 3 mois** : souvent évolutive et complexe, associant plusieurs facteurs		
	Insomnie chronique primaire	**Insomnie psycho-physiologique**	= **Insomnie persistante primaire** : survient à la suite d'un facteur initial stressant (deuil, séparation…), sans retour au sommeil normal même après disparition de la cause - **Difficultés d'endormissement, trouble du maintien du sommeil** - **Hyperéveil cognitif et émotionnel** - **Appréhension du sommeil** (conditionnement négatif), perçu comme non réparateur - **Pensées dysfonctionnelles** avec attentes irréalistes par rapport au sommeil, et amplification des conséquences : discordance entre le retentissement subjective et objectif
		Insomnie paradoxale	= **Mauvaise perception du sommeil** : plainte d'insomnie, de réveils prolongés, de « nuits blanches » disproportionnée par rapport aux troubles objectivés

		Insomnie idiopathique	= Rare, débute souvent dans l'enfance, sans facteur déclenchant initial ni facteur pérennisant - Insomnie sans période de rémission, de prise en charge difficile
	Insomnie chronique secondaire	Psychiatrique	Fréquente, la plupart des troubles psychiatriques peuvent être responsables - **Episode dépressif caractérisé** : réveil trop précoce - **Episode maniaque** : insomnie sans fatigue diurne - **Trouble anxieux** : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes - **Etat de stress post-traumatique** : syndrome d'hypervigilance, cauchemars - **Trouble psychotique** (signe précoce) ➔ La persistance de l'insomnie dans un contexte psychiatrique chronique est un facteur identifié de rechute ou de récidive
		Iatrogène	- **Prise de médicament** : **corticothérapie**, **hormones thyroïdiennes**, **psychostimulant**, **antidépresseur stimulant**… - **Sevrage** : **psychotrope** (surtout hypnotique), **opiacé, éthylique** - **Consommation excessive** de **caféine** ou **stupéfiant stimulant** (**cocaïne**, **amphétamines**)
		Médicale	- **Atteinte neurologique** : **Alzheimer, Parkinson, atteinte vasculaire, tumorale** ou **inflammatoire** - **Hyperthyroïdie** - Symptôme insomniant : **douleur, dyspnée, pollakiurie, RGO…**
		Pathologie intrinsèque du sommeil	- **Syndrome des jambes sans repos** et **mouvements périodiques nocturnes du sommeil** - **Syndrome d'apnée du sommeil**
		Hygiène de sommeil	= Mauvaises habitudes : variations dans les horaires de sommeil, siestes diurnes prolongées, temps passé au lit excessif, stimulant le soir (caféine, nicotine, alcool, activité physique)…
Insomnie de l'enfant	= **Trouble de l'installation** et **du maintien** du sommeil nocturne : - Prévalence élevée : 25 à 50% avant 5 ans, 20% de 6 à 12 ans, 20 à 40% des adolescents - Prise en charge étiologique : **approche comportementale et éducationnelle, psychothérapie parents-enfant**… Les traitements médicamenteux sont à éviter.		
	Cause environnementale		- Petit enfant : mauvaise habitude (bercement, biberon, lit des parents…), présence parentale lors de l'endormissement - Enfant/adolescent : consommation TV et informatique, téléphone portable avant le coucher…
	Cause organique		- ORL : **otite**, **apnée du sommeil**… - Pneumologique : **asthme**… - Digestive : **RGO**, **allergie aux protéines du lait de vache**… - Etc.
	Cause psychologique		- Nourrisson : **difficultés relationnelles** avec l'entourage, **déficit éducatif** - Signe précoce d'un **trouble envahissant du développement** ou d'un **retard mental (insomnies calmes)** - **Angoisse de séparation** avec les parents (dès 2 ans)
TTT	**Hypnotique**		**= Zolpidem** (Stilnox®), **zopiclone** (Imovane®), **benzodiazépine hypnotique** (**lormétazépam, loprazolam**) - Indication : **insomnie transitoire** ou **occasionnelle**, pour une **durée limitée** ➔ A éviter dans l'insomnie chronique (hors usage limité et ponctuel) - Prescription limitée à **4 semaines** - Inconvénients : . **Perte d'efficacité objective** (surtout pour les benzodiazépines à ½ vie courte) . **Phénomène de sevrage** : effet rebond favorisant le cercle vicieux (moins marqué pour les benzodiazépines à ½ vie longue et les analogues) . Effets indésirables : **somnolence diurne, interaction avec l'alcool, troubles mnésiques, épisodes confuso-oniriques**
	Alternative		= Selon le contexte clinique : - **Antidépresseur sédatif** : **mirtazapine** (Norset®) - **Antihistaminique** : **hydroxyzine** (Atarax®) - **Mélatonine** : . A libération immédiate (insomnie d'endormissement) . A libération prolongée (insomnie de maintien du sommeil)

	PEC comportementale	**Hygiène de sommeil**	= Approche éducative sur le sommeil - Se coucher et se lever tous les jours **à la même heure ± 30 minutes** - Limiter le temps passé au lit - Environnement facilitant le sommeil : chambre obscure, insonorisée, climatisée (18-20°) - Ne pas faire d'exercice physique intense après le repas, éviter les bains chauds - S'exposer à la lumière le matin - Eviter de dormir la journée (siestes courtes) - Eviter les stimulants (caféine, nicotine, alcool…) - Eviter les repas lourds et tardifs
		TCC	- **Composante éducative** : hygiène du sommeil - **Composante comportementale**: restriction du temps passé au lit, contrôle du stimulus (gérer l'horaire de coucher selon la propension au sommeil) - **Psychothérapie cognitive** et **techniques de relaxation**

SOMNOLENCE EXCESSIVE ET TROUBLES DE L'EVEIL

Somnolence excessive = état subjectif et objectif d'éveil physiologique abaissé, propension au sommeil ou assoupissement
- Endormissement pathologique : endormissement anormalement rapide ou dans des circonstances inappropriées
- Très fréquent (4-20%), avec une **répercussion sur le fonctionnement individuel** (cognitif et comportemental) et **sociétaire**
→ A différencier de la **fatigue** (à la suite d'un effort psychique ou physique) et de la **clinophilie** (rester allonger éveillé)

Aspect médico-légal	- La somnolence diurne (d'origine comportementale, organique, psychiatrique, iatrogène ou secondaire à une insomnie) est une condition médicale **incompatible avec l'obtention** ou **le maintien du permis de conduire** - **Interruption temporaire de conduite** en attente de traitement, maintenue tant que persiste une somnolence - Compatibilité temporaire en cas de TTT efficace : - **1 an** pour les véhicules légers (permis A, B ou E) - **6 mois** après tests de maintien de l'éveil pour poids lourds

Evaluation	Interrogatoire		**- Somnolence diurne :** besoin de lutter contre le sommeil, endormissements involontaires en divers circonstances de la vie courante, accidents liés à la somnolence… - Témoignage de l'entourage (conjoint…) : attention à la sous-évaluation habituelle par les patients
	Questionnaire		- **Echelle d'Epworth** (la plus couramment utilisée) : évaluation de la somnolence dans 8 situations avec un score de 0 à 3 pour chaque situation → score/24, anormal si **> 10**
	Technique instrumentale avec EEG	**Test itératif de latence d'endormissement (TILE)**	= Mesure de la **latence d'endormissement** et du **stade de sommeil** à 5 reprises dans la journée, toutes les 2 heures, dans des conditions standardisées (abri de la lumière et du bruit, en position allongée), en demandant au sujet de se laisser aller au sommeil - Latence moyenne d'endormissement **normale > 10 minutes** - Latence **< 8 minutes** en cas **d'hypersomnie centrale** : endormissement en sommeil paradoxal (narcolepsie) ou non (hypersomnie idiopathique) - Latence **< 5 minutes** en cas de **somnolence très sévère**
		Test de maintien de l'éveil (TME)	= Dans les mêmes conditions, sujet assis, essayant de résister au sommeil (capacité à rester éveillé) : pathologique **< 20 minutes → valeur médico-légale (définition des aptitudes au poste et à la conduite automobile)**

Etiologie

Somnolence physiologique : **âges extrêmes** (jeune enfant et sujet âgé), **grossesse** (principalement au 1er trimestre)
Somnolence excessive :
1) Induite (privation chronique, médicaments, toxiques)
- **Trouble du rythme circadien veille-sommeil** (travail posé, vols trans-méridiens…)
- **Iatrogène** : **benzodiazépine, antipsychotique, thymorégulateur, antidépresseur, antiépileptique, antihistaminique, antalgique opioïde**
- **Toxique** :
. Prise : **cannabis, alcool, opiacé**
. Sevrage : **cocaïne, amphétamine, caféine**
2) Pathologique secondaire
- Pathologie altérant le sommeil de nuit : la somnolence est la conséquence d'un sommeil non-récupérateur :
. Syndrome d'apnées du sommeil
. Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques nocturnes
. Affections neuropsychiatriques (ex : **épisode dépressif caractérisé** avec **hypersomnie** (plus fréquent chez le sujet jeune, la femme, ou dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un trouble affectif saisonnier)
. Pathologies chroniques sévères (douleurs, cancers, etc.)

Etiologie

3) Pathologique primaire : pathologie intrinsèque liée à une atteinte d'un système d'éveil (hypersomnies d'origine centrale) :
. Narcolepsie de type 1 ou type 2 ; hypersomnie idiopathique
. Trouble du rythme circadien veille-sommeil : une perturbation du rythme circadien veille-sommeil peut entraîner une somnolence diurne dont le traitement reposera sur la correction du trouble du rythme circadien :

Trouble respiratoire du sommeil

Syndrome d'apnée du sommeil (SAS) :
- **Obstructif** : IAH > 5 avec symptômes nocturnes (ronflements…) et diurne (somnolence excessive…)
- **Central** (rare) : IAH > 5 avec majorités d'événements centraux, possiblement associée à une respiration périodique de Cheynes-Stokes → **insuffisance cardiaque sévère, opioïde**

Syndrome d'augmentation des résistances des voies aériennes supérieures (SARVAS) : variante du syndrome d'apnée du sommeil obstructif
Prévalence : 4% des hommes, 2% des femmes

Nosologie
- **Apnée** : interruption du flux respiratoire **> 10 secondes**
- **Hypopnée** : ↘ du flux respiratoire **> 50%** pendant > 10 secondes
  ou **> 30% avec désaturation > 3**% et/ou **micro-éveil** visualisé à l'EEG
- **IAH** : index d'apnées/hypopnées par heure de sommeil
- **Apnée/hypopnée obstructive** : obstruction des VAS avec ↗ des efforts respiratoires
- **Apnée/hypopnée centrale** : ↘ de la commande ventilatoire
- **Augmentation des résistances des VAS** : ↗ des efforts respiratoires avec micro-éveil, sans hypoxémie ni diminution du flux respiratoire

FdR
= Age, sexe masculin, obésité, tabac, alcool, cou court, épais, macrognathie, rétrognathie
- Fréquemment associés à l'HTA, l'insuffisance cardiaque, le diabète ou des atcd d'AVC

C

Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes
- **Ronflement** (sonore, souvent très ancien) - **Pauses respiratoires** constatées par le conjoint, avec reprise bruyante de la respiration - **Eveils en suffocation** - **Nycturie** - **Sueurs nocturnes**	- **Somnolence diurne** - **Céphalées matinales** - **Troubles de concentration/mémoire** - **Irritabilité, trouble de l'humeur** - **Baisse de la libido** - **Asthénie matinale**

Trouble respiratoire du sommeil

PC
= Diagnostic si **IAH > 5**, forme sévère si **IAH > 30**
- **Polygraphie respiratoire** : en 1ère intention, examen de dépistage, suffisant pour les formes sévères
- **Polysomnographie** : examen de référence (précise les micro-éveils)

→ Chez l'enfant : SAS sévère si IAH > 5

Risques
- **Accident** ou autres conséquences de la somnolence diurne
- **Risque cardio-vasculaire** : HTA, insuffisance coronarienne, AVC, trouble du rythme cardiaque
- Chez l'enfant : **cassure de la croissance staturo-pondérale**, **trouble du comportement** (irritabilité, hyperactivité, fatigabilité), **déficit cognitif** à type d'inattention et de trouble de la mémoire, **diminution des performances scolaires**, **conséquences cardiovasculaires** à long terme

TTT
- **Pression positive continue** (au masque nasal) = **référence** : efficace mais contraignant
- **Orthèse d'avancement mandibulaire** : port la nuit, efficacité moindre
- **Chirurgie d'avancement mandibulaire** : traitement lourd, efficace, d'indications limitées
- Correction des facteurs aggravants : traitement positionnel, réduction pondérale, arrêt alcool et hypnotiques
- Chez l'enfant : **amygdalectomie (1ère intention), traitement orthodontique**

Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques nocturnes

Syndrome des jambes sans repos

= **Sensation désagréable des membres inférieurs** : survenant au repos, maximale le soir (avant l'endormissement et au cours des éveils nocturnes), améliorée par le mouvement (marche, mobilisation), avec besoin impérieux de bouger les jambes
- Plus fréquent chez la femme, ↗ avec l'âge, antécédents familiaux, **80%** associé à des MPN
- Physiopathologie impliquant des facteurs génétiques, le métabolisme du fer, et le système dopaminergique.
- Chez l'enfant : forme peu connue, sous-diagnostiquée. Diagnostic différentiel du TDAH.

DD
- **Insuffisance veineuse chronique, neuropathie, akathisie, AOMI**

Etiologie	*Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques nocturnes*	**Syndrome des jambes sans repos**	*Cause*	- **Idiopathique** (à forte composante familiale) - **Insuffisance rénale sévère** - **Carence martiale** - **Maladie de Parkinson** - Iatrogène : **antidépresseurs**, **neuroleptiques**, **lithium**
		Mouvements périodiques nocturnes		= **Mouvements répétitifs et stéréotypés des membres inférieurs**, parfois **supérieurs**, pouvant survenir pendant le sommeil et la veille (extension du gros orteil, dorsiflexion du pied, voire flexion du genou ou de hanche), sans que le sujet en ait conscience - Chaque mouvement peut s'accompagner d'un **allégement du sommeil** ou **d'un micro-éveil,** pouvant conduire à une fragmentation du sommeil - Diagnostic : **enregistrement EMG des muscles tibiaux antérieurs** (± vidéo) lors de la polysomnographie → **index de mouvement > 15/h**
		TTT		- Correction de facteurs favorisants : sevrage médicamenteux, carence martiale, équilibration de diabète - Médicament : . **Agoniste dopaminergique** à faible posologie : **ropinirole, pramipexole, rotigotine** . Hors AMM : **dérivé codéiné, antiépileptique** (gabapentine, prégabaline, clonazépam)
	Hypersomnie centrale	**Narcolepsie - cataplexie**		= **Syndrome de Gélineau** : accès de somnolence diurne irrépressible ± cataplexie (type 1) - Début généralement entre 20 et 30 ans, prévalence = **1/2000** - Physiopathologie : **perte des neurones sécréteurs d'hypocrétine de l'hypothalamus (rôle dans le contrôle de l'éveil).** Mécanisme auto-immun ?
			C	- **Somnolence diurne irrésistible** : accès de sommeil diurnes multiples et courts (< 2 min), incoercibles, rafraîchissants, souvent avec activité onirique - **Cataplexie** (pathognomonique mais inconstante) : **relâchement du tonus musculaire** déclenché par une émotion (le plus souvent positive), durant d'une fraction de seconde à quelques minutes, sans perte de connaissance, complète avec affaissement du sujet, ou incomplète (lâchage de la mâchoire, d'objet, des genoux…) - **Paralysie du sommeil** lors de l'endormissement (**hypnagogique**) ou du réveil (**hypnopompique**) : impossibilité de bouger sans perte de connaissance - **Hallucinations hypnagogiques (plus rarement hypnopompiques) : visuelle** (personne étrangère dans la chambre), **auditive** ou **somesthésique** - **Sommeil fragmenté, sieste récupératrice** - **Prise de poids involontaire** au début des symptômes
			PC	- **Polysomnographie** : fragmentation du sommeil, sommeil paradoxal rapide - **TILE** : latence moyenne d'endormissement < 8 minutes, avec un endormissement en sommeil paradoxal sur ≥ 2 sessions/5 - **Dosage d'hypocrétine dans le LCS effondré (type 1)** ou non (type 2) : en cas de doute diagnostique - **Typage HLA** : DQB1*0602 étroitement associé à la narcolepsie-cataplexie (97%), 25% dans la population générale => valeur prédictive négative.
			TTT – Somnolence	- Aménagement de siestes - **Modafinil** (Modiodal®) en 1ère intention - Gamma-hydroxy-butyrate en 2ème intention (hors AMM en l'absence de catalepsies) - Pitolisant (Wakix®) - M**éthylphénidate**
			TTT – Cataplexie	- **Gamma-hydroxy-butyrate** (Xyrem®) - **Antidépresseur IRSNA** : **venlafaxine**
		Hypersomnie idiopathique		= Somnolence diurne plus ou moins continue sur la journée - Tableau débutant chez l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte, forme familiale fréquente
			C	- **Somnolence diurne** ± continue, avec accès de sommeil non irrésistible - **Inertie du sommeil** : réveil laborieux, ivresse du sommeil - Siestes non rafraîchissantes - Temps total de sommeil : **allongé** (> 11h) ou **normal** (6-11h)

	Hypersomnie centrale	**Hypersomnie idiopathique**	PC	- **Polysomnographie** : éliminer une autre cause de somnolence diurne - **TILE** : latence moyenne d'endormissement < 8 minutes, avec < 2 endormissements en sommeil paradoxal - **Polysomnographie de 24h** ou **actimétrie** : mesure du temps de sommeil - Si doute diagnostique : **imagerie cérébrale, entretien psychiatrique** - Imagerie cérébrale, avis psychologique ou psychiatrique si doute diagnostique
			TTT	- **Modafinil** en 1ère intention, **méthylphénidate** en 2nd intention (hors AMM) ou d'autres molécules éveillantes
	Autres causes rares	- **Syndrome de Kleine-Levin** : **hypersomnie récurrente**, par **crises** d'une durée de quelques jours, avec un temps total de sommeil très long, chez des adolescents ou jeunes adultes, prédominance masculine, associée à des **troubles du comportement** (prise alimentaire compulsive, désinhibition sexuelle), **troubles cognitifs** et **amnésie partielle** de l'épisode - Lésion cérébrale : **- Traumatisme crânien** **- Encéphalite** (**trypanosomiase africaine**) **- Lésions ischémiques (**ramollissement bi-thalamique**)** ou **tumorales** **- Maladie de Parkinson, maladie de Steinert, sclérose en plaque**		

TROUBLES DU RYTHME CIRCADIEN VEILLE-SOMMEIL

= Troubles de l'horaire d'endormissement et du décours temporel du cycle veille-sommeil
Cause : - **Perturbation intrinsèque** du système circadien
- **Perturbation extrinsèque** (travail de nuit…) avec altération de l'entraînement de l'horloge
- **Affection médicale** ou **prise médicamenteuse/toxique**

Classification	**Syndrome de retard de phase**	= Dérèglement de l'horloge interne : sujet prenant l'habitude (ou génétiquement déterminé) de dormir tard et de se réveiller tard → difficultés d'endormissement, somnolence diurne lorsqu'ils s'obligent à se coucher tôt - Très fréquent, touche majoritairement l'adolescent et l'adulte jeune
	Syndrome d'avance de phase	= Incapacité à rester éveillé le soir, avec des éveils matinaux précoces - Plus rare, préférentiellement chez le sujet âgé
	Décalage horaire	= Insomnie, somnolence diurne et réduction des performances - Transitoire, lié à des vols trans-méridiens (plus marquée lors de voyage vers l'est)
	Autres	- **Trouble du rythme circadien lié au travail posté** (3x8) : somnolence diurne, insomnie, baisse de performance avec risque accrue d'accident - **Irrégularité de la veille et du sommeil** : sommeil morcelé en plusieurs épisodes de courte durée - **Rythme en libre cours** (non entraîné) : décalage quotidien d'environ 1-2h de la période de sommeil
PEC	PC	- 1ère intention : **agenda de sommeil, actimétrie** - 2nd intention : - **Mesure de rythme : température, mélatonine, cortisol** **- Test de suppression de la mélatonine par la lumière**
	TTT	- Régularisation des activités de la vie quotidienne avec bonne hygiène de sommeil - **Luminothérapie** - Prescription de **mélatonine**

PARASOMNIE

Parasomnie = manifestations motrices, verbales ou sensorielles complexes, indésirables, survenant à l'endormissement, pendant le sommeil ou lors d'éveils incomplets
- Physiologiques : survenue occasionnelle chez > 50% population générale
- Pathologiques : survenue répétée

Classification : fonction du stade de sommeil au cours duquel elles se produisent

En sommeil lent profond

= **Eveils incomplets ou dissociés** (éveil moteur sans éveil cortical) : survenue en 1er tiers de nuit, avec généralement une activité automatique relativement simple, et **amnésie** complète ou partielle de l'épisode
- Composante familiale fréquente
- Facteur déclenchant (↗ de la profondeur du sommeil ou éveil intra-sommeil) : privation de sommeil, activité physique intense, irrégularité des horaires de sommeil, fièvre, médicament, stress, SAS, mouvements périodiques du sommeil…
- TTT en cas de forme sévère : **clonazépam**

Somnambulisme

= **Déambulation inconsciente**, avec **désorientation temporo-spatiale, lenteur de parole** : comportement plus ou moins adapté, mais ralenti, souvent associé à une **somniloquie**
- Durée de quelques secondes à quelques dizaines de minutes
- Très fréquent : **10 à 30%** des enfants **entre 5 et 12 ans**
- DD : **épilepsie nocturne frontale**

Terreurs nocturnes

= Manifestations de terreur intense avec **cri strident, pleurs, expression de panique, yeux ouverts, manifestations végétatives majeures** (rougeur, tachycardie, palpitation, tachypnée…)
- Touche généralement l'enfant, rare à l'âge adulte
- Très impressionnant pour l'entourage, mais l'enfant ne garde aucun souvenir s'il n'est pas réveillé

→ A différencier du **cauchemar** : en 3e partie de nuit, sans amnésie de l'épisode

Eveils confusionnels

= **Confusion mentale** avec **désorientation temporo-spatiale**, **comportements automatiques** ou **inappropriés**, donnant l'impression d'être partiellement endormi et partiellement réveillé
- Fréquent chez l'enfant, parfois observé chez l'adulte sous traitement sédatif

En sommeil paradoxal

Troubles du comportement en sommeil paradoxal

= Pendant le sommeil paradoxal, préférentiellement en fin de nuit : **comportement moteur élaboré,** généralement **agressif** ou **défensif**, sans déambulation, avec **risque de blessure** en cas de chute du lit, en rapport avec le rêve du patient
- Sujet d'âge mur > 50 ans, prédominance masculine
- Fréquemment associé et précédant une **maladie dégénérative extrapyramidale** (Parkinson, AMS)
- TTT : **clonazépam** Rivotril® (hors AMM)

DD
- **Epilepsie frontale nocturne** : multiples crises de mouvements dystoniques/dyskinétiques stéréotypées par nuit, EEG de surface souvent normal
- **Trouble dissociatif nocturne** : diagnostic d'élimination

Paralysie du sommeil

- Possiblement en l'absence de narcolepsie

Cauchemars

= Rêves angoissants, avec un fort contenu émotionnel, qui réveillent le sujet
- Fréquent chez l'enfant, plus rare chez l'adulte
- Survenue plutôt en 3ème partie de nuit, symptomatologie minime, sans désorientation au réveil, souvenir de l'épisode avec un contenu mental riche, ré-endormissement difficile

Autres

Enurésie nocturne

= Mictions involontaires récurrentes > 5 ans

Rythmie d'endormissement

= **Mouvements répétitifs rythmiques et stéréotypés de la tête** (cognement, roulement), ou du **tronc** et du **cou** (bercement, roulement)
- Survenant au moment de l'endormissement, voire lors du sommeil
- Essentiellement observé dans la petite enfance, peut persister chez l'adulte
- Réaction à l'environnement : entend et obéit si on lui demande d'arrêter les mouvements

Bruxisme

= **Grincement des dents** pendant le sommeil lent léger, désagréable pour l'entourage, et source **d'abrasion des surfaces dentaires**
- **Traitement orthodontique** : correction de l'usure des dents associées

Somniloquie

= « Parler pendant son sommeil » : isolée ou associée à d'autres parasomnies (somnambulisme, trouble du comportement en sommeil paradoxal…)

Trouble alimentaire

= Episodes récurrents de prise involontaire d'aliments et de boissons la nuit